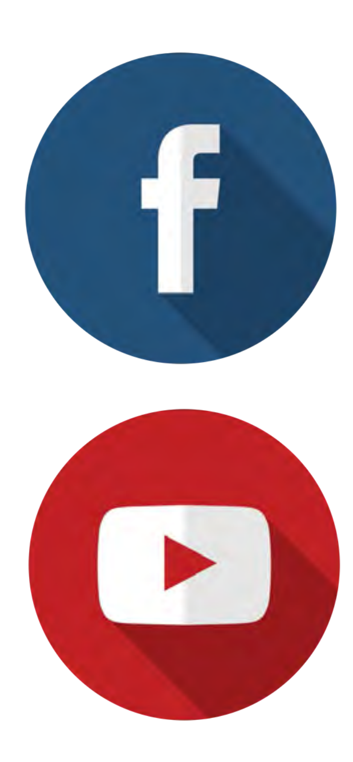
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.





Pleurésies purulentes

definition

- Epanchement liquidien infecté a germes banals de la cavité pleurale.
- Présence de pus dans la cavité pleural
- Liquide pleural clair avec prédominance de polynucléaires neutrophiles altérés a l’étude cytologique

INTERET

- Diagnostic précose
- Traitement précose pour éviter les complications

PHYSIOPATHOLOGIE

- Trois mécanismes d'inoculation:

-**origine pulmonaire**: pneumopathie sous –jacente qui passer inaperçue , dilatation de bronches surinfectées , embolie pulmonaire septique , cancer bronchique surinfecté.

-**infection de voisinage :** Médiastinale(cancer oesophagien) ,osseuse , sous diaphragmatique , 0RL;

- Inoculation directe: traumatisme

-Iatrogène: chirurgie pulmonaire ou médiastinale
surinfection d'un épanchement préexistant
après ponction pleurale.

Facteurs de risque

- Généraux : immunodépréssion , diabète.
- Tabagique , éthylisme
- Néoplasie sous jacente.
- Infection stomatologique et ORL.

Germes en cause

- **Dépend de la cause.**
- Pleurésies purulentes parapneumonique: pneumocoque , *bacilles* Gram négatif, d'anaérobies, *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pneumoniae.*
- *Origine iatrogène:*

  Staphylococcus aureus
- *Immunodéprimés:*

  bacilles à Gram négatif , staphylocoque doré.
- *Diabète: klebsiella*
- *Infection nosocomiale : pyocyanique , staphylocoque.*
- *BK.*
- *Anaerobies tableau subaigu*

Anatomo-pathologie

-stade exsudatif: -exsudat léger riche en fibrine.
-peu visqueux libre dans la cavité
-plèvre fine

-stade fibrinopurulent: -exsudat épais
-exsudat visqueux
-cloisonnement

-stade d'organisation: -plevre sclérosée engainant le poumon et évolution très probable vers les séquelles (calcification)

Clinique TDD (PPPP)

- **Interrogatoire**: rechercher une tare , une affection néoplasique ,un traumatisme
- **Signes généraux** : Fièvre , altération de l'état général , frissons.
- **Signes fonctionnels**: Toux sèche ou productive si fistule , Douleurs hémithoracique , Dyspnée .
- **L'examen clinique**:
  - examen pleuro-pulmonaire
  - examen de la cavité buccale et de la sphere ORL……

Examens complémentaires

- Radio thorax de face: opacité pleurale à limite supérieur floue
- TDM thoracique
- Ponction pleurale (étude macro et microscopique)
- Autres examens:

  -FNS.

  -fonction rénale.

  -glycémie.

  -hémoculture .

-endoscopie bronchique(systématique) :

-prélèvements bact protégés.

-cause sous-jacente(DDB , cancer ,

- Fibroscopie digestive.

EVOLUTION

- Facteurs Pc: -**précocité et qualité du traitement**

  -facteurs locaux :état du poumon sous-jacent(sain ou pathologique)

  -fac généraux: age

  -tares associées

  - germes nosocomiales

- Évolution clinique:

  - favorable.

  -défavorable: -cloisonnement

  -chronicité

  -empyème de nécessite

  -fistulisation dans les bronches

  -complications générales:

TRAITEMENT

- BUTS: -stérilisation
  -évacuation du pus pleural
  -obtenir la reexpansion pulmonaire

generalites

- Quelque soit l’étiologie de la PP l’antibiothérapie est de règle
- L’antibiothérapie doit être précoce et bien adaptée afin d’éviter toute évolution défavorable
- Traitement local
- Kinésithérapie respiratoire

prescription

- L’ATB:doit être commencer des que les prélèvement ont été fait et adresser au labo
- Elle est probabiliste et dépend de :

  -nature de l’atteinte(nosocomiale ou non)

  -terrain

Modalités de prescription

- Double antibiothérapie en fonction du terrain et du germe suspecté (mono si pneumocoque)
- Effet synergique.
- Initialement voie parentérale.
- Le relais per os peut se faire des amélioration radio clinique.
- La durée: 06-08 semaines.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- pneumocoque: b lactamine.
- Staph: oxacilline + gentamycine.
  vancomycine.
- BGN : C3G + aminoside.
- Anaérobies : PENG + métronidazole.
  C2G OU C3G +métronidazole
  B-lactamase + clindamycine
  imipenèm
- Pseudomonas - ceftazidime + aminoside
  -ciprofloxacine + aminoside
  - imipenèm
  - pipéracilline

Traitement local

- Ponction pleural évacuatrice +/- fibrinolytique
- Drainage pleural +/- fibrinolytique
- Intervention chir.: décortication(fibrose pleurale

- PP d'origine iatrogène:

-surinfection d'épanchement préexistant

-PP secondaire a une chirurgie thoracique

-PP secondaire a une autre chirurgie

(cardiaque, vasculaire, abdominale,)

- La pleurésie purulente est toujours secondaire et n’est jamais primitive

physiopathologie

pneumopathie

↓

inflammation pleural → modif des Pp de la surf méso

↓

exsudat protéique dans plèvre

↓

bact ds liquide (rupture de microabces ou filtration)

↓

Défense par cell mesotheliales(phagocytose NO)

↓

Rétraction cell méso

↓

Discontinuité inter cell

↓

Mvts liquidien du cap vers la plèvre

- En plus des cell meso: PNN

Bactériologie des PP

- Le germe en cause dépend des circonstances de survenue et du terrain:
- Communautaire:-gram-positif(staph,pneumo strepto)

  -BGN(klebsiella , pseudomonas)

  -anaérobie
- Nosocomiale: surtout les BGN staph et les anaérobies

Kinésithérapie respiratoire

- Buts: -prévenir les séquelles pleurales.
  -obtenir la reexpansion pulmonaire.
  -rééducation de muscles de la respiration.

- Commence après évacuation du pus pleural
- Précoce.
- Soutenue (jusqu’à 06 mois).

conclusion

- Une PP n’est jamais primitive
- La plus fréquente c’est la PPPP
- L’endoscopie bronchique doit être systématique a la recherche d’un cancer sousdjacente
- La PEC comprend 3 volets:
  - antibiothérapie
  - traitement local
  - kinésithérapie respiratoire
- Le pronostic dépend : -germe en cause
  - la pathologie sousdjacente.

ETIOLOGIES

1. PP d’origine pulmonaire

-PP para pneumonique

-rupture intra pleurale d’un abcès pulmonaire

-embolie pulmonaire septique

-cancer pulmonaire surinfecté

-DDB suppurées

-Anomalie pulmonaire congénital surinfectée

-Contusion pulmonaire post traumatique ou d’une plaie thoracique

1. PP d’origine extra pulmonaire

Médiastinales:-perforation spontanée de l’œsophage
-mediastinites nécrotique descendante d’origine dentaire

Rachidienne

Sous diaphragmatique: -abcès sous diaphragmatique
-péritonite, abcès pericolique,cancer ou diverticule colique; abcès du foie, perforation d’organe creux

- PP d’origine idiopathique??????